DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES
Division of Public Health
DPH 5297S (Rev. 08/04)

STATE OF WISCONSIN
Chapter 69.21(1a), (2b), Wis. Stats.

WISCONSIN DEATH CERTIFICATE FAX REQUEST
SOLICITUD POR FAX DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DE WISCONSIN

La información de identificación personal solicitada en este formulario, incluso la información de su tarjeta de crédito, se utilizará para procesar la solicitud y el pago de las copias requeridas. Si no se proporciona esta información, la solicitud de copias puede ser rechazada.

PENAS: Toda persona que voluntaria e intencionalmente complete una solicitud falsa de un certificado de defunción será declarada culpable de un delito de la Clase I [una multa máxima de $10,000 o prisión durante un máximo de tres años y seis meses, o ambas, según el Capítulo 69.24(1), Ley de Wisconsin.]

INSTRUCCIONES: Complete este formulario y envíelo por fax al **(608) 255-2035.** LOS PAGOS POR SOLICITUDES POR FAX DEBERÁN REALIZARSE CON TARJETA DE CRÉDITO. TODAS LAS SOLICITUDES POR FAX TENDRÁN UN RECARGO POR ENVÍO RÁPIDO.

SECCIÓN I – ENVIAR A DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN A FIN DE QUE SU SOLICITUD SEA PROCESADA.

1. Nombre completo	2. Número de teléfono diurno	
3. Dirección o apartado postal **(Si solicita el envío por Federal Express, debe proporcionar una dirección.)**	No. de dpto.	
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal

SECCIÓN II – RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON LA PERSONA MENCIONADA EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (Difunto)

Marque una opción.

☐ Soy un **familiar directo** de la persona mencionada en el certificado de defunción.
Marque una opción: ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Padre/madre ☐ Hermano ☐ Hermana ☐ Abuelo/a
☐ Soy **tutor legal** de la persona mencionada en el certificado de defunción.
☐ Soy un **descendiente directo** de la persona mencionada en el certificado de defunción (nieto o bisnieto consanguíneo, etc.). (Puedo recibir una copia no certificada ya sea del certificado "Causa de Fallecimiento" [*Fact of Death*] o del certificado "Causa Detallada de Fallecimiento" [*Extended Fact of Death]*).
☐ Ninguno de los mencionados. Solicito una copia no certificada solamente. (La copia no servirá a efectos legales.)

Certifico que la información suministrada en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender y que tengo derecho a obtener copias del certificado de defunción solicitado de acuerdo con las categorías enumeradas anteriormente.

FIRMA -Solicitante	Fecha de la firma

SECCIÓN III – CARGOS LOS CARGOS NO SE DEVOLVERÁN SI NO SE ENCUENTRA NINGÚN REGISTRO. Los cargos obligatorios ya han sido completados. Complete otros cargos en concepto de copias adicionales o envío por Federal Express, según corresponda.

1. Cargo por búsqueda (incluye una copia del certificado, si se lo encuentra)
☐ Causa de Fallecimiento o ☐ Causa Detallada de Fallecimiento ..... $ 7.00 __7.00__
2. Cada copia adicional del mismo certificado, emitida en el mismo momento que la primera.
☐ Certificado de Causa de Fallecimiento (para muertes posteriores al 2002) (sin causa de muerte y disposición) _____ X $ 3.00 _____
(puede usarse para transacciones bancarias y la mayoría del resto de las transacciones financieras) No. de copias
☐ Certificado de Causa Detallada de Fallecimiento (para muertes anteriores al 2003) ..... _____ X $ 3.00 _____
(con causa de muerte y disposición) (puede usarse para reclamar beneficios de seguros) No. de copias
3. Cargo por envío rápido ..... $10.00 __10.00__
4. Cargo por procesamiento de tarjeta de crédito ..... $ 6.00 __6.00__
5. Envío ☐ Correo normal – Sin costo adicional; envío dentro de los 5 días hábiles ..... $ 0.00
☐ Federal Express - $17, 50 dentro de EE.UU. continental; envío dentro de los 2 días hábiles ..... $17.50 _____
NOTA: Si no se marca ninguna opción, la copia se enviará por correo normal.

TOTAL _____

SECCIÓN IV – INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO Aceptamos Visa, MasterCard, American Express o Discover.

Número de tarjeta de crédito	Fecha de vencimiento
FIRMA - Titular de la tarjeta de crédito	Fecha de la firma

SECCIÓN V – INFORMACIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Nombre completo del difunto (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		Fecha de defunción
Lugar de defunción – Ciudad *	Lugar de defunción - Condado	Edad o fecha de nacimiento*
Nombre completo del cónyuge * (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		Número de *Social Security* del difunto *

* No hace falta completar los campos marcados con un asterisco (*). La información de estos campos es útil pero no obligatoria.

Clear Form and Start Over

er _____